FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

ANNÉE 1930

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'Etat)

Présentée

PAR

DIDIER HAMMER

Né à ARAD (Roumanie), le 17 Février 1904

Contribution à l'étude des Kystes de l'Ovaire pendant la Grossesse

Les observations de la Clinique Tarnier de 1919 à 1929

Président de Thèse : M. BRINDEAU

Imprimerie
LES PRESSES MODERNES
45, rue de Maubeuge — PARIS

1930

Digitized by the Internet Archive
in 2025

https://archive.org/details/contributionletu0024vari_g0z7

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

ANNÉE 1930

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'Etat)

Présentée

PAR

DIDIER HAMMER

Né à ARAD (Roumanie), le 17 Février 1904

Contribution à l'étude des Kystes de l'Ovaire pendant la Grossesse

Les observations de la Clinique Tarnier de 1919 à 1929

Président de Thèse : M. BRINDEAU

Imprimerie
LES PRESSES MODERNES
45, rue de Maubeuge — PARIS

1930

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Le Doyen ..... M. ROGER

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	ROUVIÈRE.
Anatomie médico-chirurgicale	CUNÉO.
Physiologie	ROGER.
Physique médicale	STROHL.
Chimie organique et chimie générale	DESGREZ.
Bactériologie	LEMIERRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale.	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	Marcel LABBE
Pathologie médicale	SICARD.
Pathologie chirurgicale	LECÈNE.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	LŒPER
Hygiène	Léon BERNARD
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	MÉNÉTRIER.
Pathologie expérimentale et comparée	RATHERY.
Clinique médicale	CARNOT. BEZANÇON. ACHARD. WIDAL
Hygiène et clinique de la première enfance.	MARFAN.
Clinique des maladies des enfants	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	JEANSELME
Clinique des maladies du système nerveux.	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	TEISSIER.
Clinique chirurgicale	DELBET. HARTMANN. LEJARS. GOSSET.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	LEGUEU.
Clinique d'accouchements	BRINDEAU. COUVELAIRE. JEANNIN.
Clinique gynécologie	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.	OMBRÉDANNE
Clinique thérapeutique médicale	VAQUEZ.
Clinique oto-rhino-laryngologique	SEBILEAU.
Clinique thérapeutique chirurgicale	LUVAL.
Clinique propédeutique	SERGENT.
Professeur sans chaire	**BRANCA**
Professeur sans chaire	

II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

	MM.
Pathologie médicale	ABRAMI.
Neurologie et psychiâtrie	ALAJOUANINE
Pathologie médicale	AUBERTIN.
Pathologie chirurgicale	BASSET.
Pathologie médicale	BAUDOUIN.
Physiologie	BINET.
Chimie biologique	BLANCHETIÈRE.
Pathologie chirurgicale	BROCQ
Pathologie médicale	BRULÉ
Pathologie chirurgicale	CADENAT
Pathologie médicale	CHABROL
Histologie	CHAMPY.
Pathologie médicale	CHIRAY.
Pathologie médicale	CLERC.
Hygiène	DEBRÉ.
Physique	DOGNON
Pathologie médicale	DONZELOT
Médecine légale	DUVOIR.
Obstétrique	ÉCALLE.
Pathologie médicale	FIESSINGER.
Pathologie expérimentale	GARNIER.
Pathologie chirurgicale	GATELLIER
Pathologie médicale	HARVIER.
Urologie	HEITZ-BOYER.
Anatomie	HOVELACQUE.
Pathologie médicale	HUTINEL
Parasitologie	JOYEUX.
Chimie biologique	LABBÉ (Henri).
Pathologie chirurgicale	LARDENNOIS.
Oto-rhino-laryngologie	LEMAITRE.
Anatomie pathologique	LEROUX
Obstétrique	LÉVY-SOLAL.
Pathologie mentale	LHERMITTE.
Pathologie médicale	LIAN.
Pathologie chirurgicale	MATHIEU.
Pharmocologie	MERCIER
Obstétrique	METZGER.
Pathologie chirurgicale	MONDOR.
Pathologie chirurgicale	MOURE.
Histologie	MULON.
Bactériologie	PHILIBERT.
Pathologie chirurgicale	QUENU
Physiologie	RICHET Fils
Dermatologie et syphiligraphie	SEVARY
Pathologie chirurgicale	VALLERY-RADOT (Pasteur)
Obstétrique	VAUDESCAL.
Ophtalmologie	VELTER.
Histologie	VERNE.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

POUR LE SERVICE DES EXAMENS

	MM.
Pathologie médicale	GOUGEROT
Obstétrique	GUENIOT.
Histologie	RETTERER.
Pathologie médicale	TANON.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE

A TITRE PERMANENT

	MM.
Clinique chirurgicale	AUVRAY.
Clinique chirurgicale	ALGAVE
Clinique chirurgicale	CHEVASSU.
Clinique médicale	LAIGNEL LAVASTINE
Clinique obstétricale	LE LORIER
Clinique médicale infantile	LEREBOULLET.
Clinique médicale	LERI.
Clinique chirurgicale	MOCQUOT
Clinique chirurgicale	PROUST.
Clinique chirurgicale	SCHWARTZ.
Clinique médicale	VILLARET

V. — CHARGÉS DE COURS

	MM.
Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes	MAUCLAIRE, agrégé
Radiologie clinique	FREY.
Education physique	CHAILLEY-BERT.
Stomatologie	LEDOUX-LEBARD.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

qui ont entouré mon enfance et ma jeunesse de tendres affections, de bonté, de dévouement et de sacrifices.

Qu'ils reçoivent ici l'hommage de mon profond amour filial et de mon affectueuse reconnaissance.

A MES SŒURS

A MON FRÈRE

A MES BEAUX-FRÈRES

A TOUS CEUX QUI ME SONT CHERS

A M. le Professeur BRINDEAU

Professeur de Clinique Obstetricale
à la Faculté de Médecine de Paris
Officier de la Légion d'honneur

qui a bien voulu nous faire le grand honneur d'accepter la présidence de notre thèse.

A M. le Docteur DESOUBRY

Ancien Chef de Clinique
de la Faculté de Médecine de Paris

qui nous a aidé dans la recherche des observations.

A mes Maîtres de la Faculté de Médecine
et des Hôpitaux de Paris

INTRODUCTION

Grâce à l'obligeance de M. le Professeur Brindeau nous avons pu réunir des observations sur les kystes de l'ovaire compliquant la gestation, recueillies à la Clinique Tarnier de 1919 à 1929. Nous avons ainsi étudié 29 observations qui nous ont permis de tirer des conclusions sur la fréquence des kystes de l'ovaire compliquant la grossesse, sur la difficulté du diagnostic dans beaucoup de cas, et enfin sur la conduite qu'il convient de tenir à l'heure actuelle, dans le traitement de ces kystes au cours de la gestation. Nous n'étudierons que les kystes de l'ovaire compliquant uniquement la grossesse, c'est-à-dire, pendant cette période qui s'étend depuis l'apparition des dernières règles jusqu'à l'accouchement, laissant de côté les kystes compliquant le travail et les suites de couches.

Nous diviserons notre travail en 6 parties :

Dans la première nous donnerons un aperçu historique.

Dans la deuxième nous parlerons de la fréquence des kystes de l'ovaire pendant la grossesse.

Dans la troisième nous examinerons les influences réciproques des kystes de l'ovaire et de la grossesse.

La quatrième sera consacrée au diagnostic.

Dans la cinquième nous parlerons du pronostic.

Enfin dans la sixième nous étudierons le traitement à instituer.

Contribution à l'étude des Kystes de l'Ovaire pendant la Grossesse

Chapitre I

HISTORIQUE

Il nous faut remonter au commencement du XIX• siècle pour rencontrer les premières observations concernant la coexistence de la grossesse et de kystes de l'ovaire. Depuis, de nombreux travaux ont paru à ce sujet et nous devons citer surtout ceux de Hirsch, Barnes, Spencer Wells, Heiberg, Olshausen, Remy.

Au début on voit que la plupart des auteurs ne s'occupent que de la question du siège de la tumeur, et de la dystocie qu'elle peut créer au moment de l'accouchement. C'est seulement depuis les travaux de Barnes que nous les voyons s'occuper avec plus d'intérêt de l'étude du traitement. Barnes soutenait et défendait l'opinion

de l'interruption de la grossesse et disait : « Il vaut mieux mettre d'abord un terme à la grossesse puis se laisser guider par les indications pour traiter la maladie ou tumeur ». La plupart des auteurs de cette époque, comme Ashwell, Treille, Pastowsky, etc... approuvent sa manière de voir.

La première ovariotomie fut faite en Amérique en 1809, par Mac Dowell du Kentucky. Son histoire est assez intéressante pour mériter qu'on la rappelle en quelques mots. En effet l'idée d'enlever les ovaires n'est pas nouvelle et les auteurs anciens la mentionnent dans leurs écrits. Seulement cette extirpation n'était pas pratiquée comme un moyen curatif, mais dans l'unique but de rendre les femmes stériles, ou encore dans celui de combattre la nymphomanie. L'ovariotomie au cours de la grossesse ne fut jamais exécutée de propos délibéré à cette époque-là, et les premiers cas que l'on rapporte furent dus sinon à des erreurs de diagnostic, tout au moins à une insuffisance de celui-ci. C'est ainsi que Burd, Sims, Spencer Wells, Atlee, Withusen, de qui l'on tient les premières ovariotomies au cours de la grossesse, ne s'aperçurent de celle-ci que lorsque l'incision faite, ils se trouvèrent en présence d'un utérus gravide. D'Amérique l'ovariotomie passa donc en Angleterre où elle s'acclimata définitivement avec Spencer Wells qui acquit en 1858 une réputation que ses succès répétés devaient bientôt rendre mondiale.

Pendant qu'elle était pratiquée couramment par les médecins anglais, en Allemagne et en France les médecins se montrèrent plutôt abstentionnistes. En France la première ovariotomie fut faite, et avec succès par un médecin de campagne Voyerkousky, de Quingey (Doubs), le 27 Août 1844. Mais la période de vulgarisation et de réussite ne commença qu'en 1862 avec Koeberlé (de Strasbourg). Péan qui au début était également adversaire de l'ovariotomie, devint moins timide et commença à la pratiquer ; il n'intervenait que dans les cas où il y avait des accidents. Dès lors plusieurs chirurgiens l'emploient, et en 1883, dans sa thèse, Cayla nous donne les conclusions suivantes : 1°) l'ovariotomie peut être pratiquée pendant la grossesse, sans que celle-ci soit interrompue. 2°) Elle sera proposée toutes les fois qu'il s'agira d'un kyste à développement rapide, d'un kyste multiloculaire, d'un kyste contenant des matières colloïdes, ou d'un kyste dermoïde, alors que la grossesse ou l'accouchement semblent devoir être entravés par sa présence.

Les nombreuses observations que l'on rapporte à ce moment encouragèrent les opérateurs, qui en multiplièrent vite les cas aussi bien en France qu'à l'étranger. Rémy en 1886 dans sa thèse d'agrégation met au point la question et dit : « Ainsi l'ovariotomie avec ses résultats heureux devait ouvrir des horizons nouveaux. Faite involontairement d'abord, pendant la gestation,

elle devait être de plus en plus acceptée au point d'arriver à être considérée comme le seul traitement d'une grossesse compliquée de kyste ovarique ».

Il restait à résoudre la question de l'indication de l'intervention. Elle était alors le sujet de grandes discussions. Cependant depuis que le Pr Pinard déclara que tout kyste ovarique diagnostiqué pendant la grossesse devait être opéré la question se simplifia. Mais si l'accord était unanime pour reconnaître la nécessité de l'ovariotomie pendant la grossesse, il n'en était plus de même lorsqu'il s'agissait de déterminer le moment de cette opération.

Au cours du Congrès de Gynécologie, d'Obstétrique et de Pédiatrie, en 1913, Puech et Vanverts se sont occupés de la question du kyste de l'ovaire compliquant la grossesse et l'ont rendue aussi complète que précise. D'après les travaux des auteurs modernes, il résulte qu'il faut intervenir d'une façon systématique à la première moitié de la gestation. Tous les auteurs admettent avec Dsirne que le meilleur moment d'élection est entre le 3e et le 4e mois. Si la grossesse a dépassée 5 mois on doit se borner à l'expectation, afin d'éviter l'expulsion d'un fœtus non viable.

Chapitre II

FRÉQUENCE DES KYSTES DE L'OVAIRE PENDANT LA GROSSESSE

Les femmes atteintes de kyste ovarique procréent moins que les autres, et nous trouvons l'explication de cette stérilité relative non seulement dans ce fait qu'il ne reste plus de l'ovaire qu'une petite portion de parenchyme normal pouvant produire des ovules en bon état, mais aussi dans les déviations qu'imprime la tumeur à l'utérus, ce qui change la direction de la trompe ; amène entre l'utérus et l'ovaire des rapports anormaux et réalise ainsi un obstacle à la rencontre des ovules et spermatozoïdes. La fécondation est plus diminuée encore en cas de kystes bilatéraux.

Mais cependant on voit assez souvent la coexistence de kystes de l'ovaire avec la grossesse. Les observations relevées à la Clinique Tarnier donnent la statistique suivante :

En 1919	sur 1.816	accouch.	3	cas de k. compliqu.	la gross.
— 1920	— 1.968	—	2	—	—
— 1921	— 2.458	—	2	—	—
— 1922	— 1.988	—	3	—	—
— 1923	— 2.376	—	3	—	—

— 1924	— 2.810	—	3	—	—
— 1925	— 2.305	—	7	—	—
— 1927	— 2.514	—	2	—	—
— 1928	— 2.502	—	2	—	—
— 1929	— 2.199	—	2	—	—
Total	26.555	—	29	—	—

Cette statistique ne porte que sur les kystes compliquant la gestation. Les kystes observés pendant le travail et les suites de couches ne figurent pas sur cette liste.

Chapitre III

A) INFLUENCE DES KYSTES DE L'OVAIRE SUR LA GROSSESSE

1°) La Fécondation. — Nous avons dit dans le chapitre précédent que les kystes de l'ovaire rendent la fécondation moins facile. Il résulte en effet des recherches d'Olshausen que la stérilité des femmes atteintes de kystes de l'ovaire est de 16,8 p. 100, alors qu'elle est de 10 pour cent en dehors des kystes.

2°) L'avortement. — Le kyste peut être incriminé comme cause d'avortement ou d'accouchement prématuré. Sur 321 cas de grossesses compliquées de kystes de l'ovaire recueillis par Rémy, il observe l'interruption de la grossesse dans 23 pour 100 des cas. De Lee évalue à 20 pour 100. Les statistiques récentes donnent des chiffres plus favorables: 17 pour 100 pour Orgler, 12,7 pour cent pour William, 12,5 pour cent pour Puech et Vanverts. Bernard dans sa thèse (Paris 1920), publie sept cas dans lesquels on n'a fait aucune intervention: sur ces cas il a observé un avortement et deux accouchements prématurés.

Les causes de l'avortement sont multiples. Le kyste peut gêner le développement de l'utérus gravide. Il peut

faire subir à l'utérus des déviations, des compressions, qui empêchent l'expansion normale de la paroi utérine et déterminer de cette façon l'avortement.

3°) Les Compressions. — Le volume du kyste joint à celui de l'utérus gravide peut amener des troubles différents suivant que le kyste est abdominal ou pelvien.

a) *Compressions intra-abdominales:* La tumeur détermine des douleurs, des vomissements, de l'ascite. S'il remonte très haut le diaphragme peut être gêné dans ses mouvements d'où dyspnée et cyanose. La compression des uretères donne naissance à des phénomènes d'intoxication urinaire.

b) *Compressions intra-pelviennes.* — La vessie étant comprimée, presque dans tous les cas on observe de la dysurie, et des envies fréquentes d'uriner. La compression du rectum détermine une constipation très tenace. Dans certains cas la compression porte sur les vaisseaux iliaques, d'où œdème des jambes, varices, hémorroïdes, douleurs.

4°) Les présentations vicieuses. — Un kyste de l'ovaire abdominal en déviant l'utérus peut amener des présentations vicieuses du fœtus. Il peut aussi empêcher l'utérus de remonter, d'où rétroversion avec toutes ses conséquences.

5°) Les grossesses extra-utérines. — D'après Martin les kystes de l'ovaire prédisposent à la grossesse ectopique.

6°) Mole. — Enfin rappelons que la dégénérescence kystique des ovaires favorise la production d'une môle hydratiforme.

B) INFLUENCE DE LA GROSSESSE SUR LES KYSTES

1°) *L'augmentation de volume.* — L'hypertrophie du kyste parfois devient rapide et considérable. Dans beaucoup de cas les kystes de l'ovaire sont insoupçonnés ; ils ne se révèlent qu'au cours d'une gestation. L'augmentation de volume du kyste est expliquée par l'exagération de la circulation pelvienne pendant la grossesse et surtout par la congestion qui se produit au niveau des ovaires dans les 3 premiers mois de la gestation. Certains accoucheurs nient cette influence (Treub).

2°) *L'inflammation du kyste.* — L'influence du kyste peut aboutir soit à la suppuration du kyste, soit à la formation d'adhérences. Les signes cliniques sont assez variables. Dans certains cas l'inflammation se traduit par des accès de fièvre avec frissons et sueurs, s'accompagnant de douleurs vives. Mais le plus souvent elle prend une allure torpide et ne se manifeste cliniquement que par des douleurs plus ou moins intenses, sans altération de l'état général. Nous rapportons un cas typique, dans l'observation suivante :

Obs. 1. — Mme M..., VI^{e} pare, 36 ans, se présente à la clinique Tarnier parce qu'elle est enceinte de 1 mois 1/2

environ et se plaint de douleurs dans le bas-ventre. L'examen obstétrical montre un utérus développé assez haut, et en arrière duquel l'on note une petite tumeur qu'on diagnostic : kyste de l'ovaire.

Opération le 15 sept. 1927. Anesthésie à l'éther. Incision sous-ombilicale. L'utérus apparaît immédiatement à la plaie, repoussé en avant. Il est gros, mou et donne l'impression d'une grossesse de six semaines, la tumeur est invisible. On passe la main derrière l'utérus et on perçoit une masse arrondie, très dure, de consistance irrégulière, du volume d'une mandarine extrêmement adhérente par des brides fibreuses qu'on est obligé de sectionner aux ciseaux. Ces adhérences fixent la tumeur à la face postérieure de l'utérus, au cul-de-sac de Douglas, au rectum et principalement à la trompe droite. Ablation du kyste.

La tumeur est constituée par un kyste dermoïde, 1/2 partie liquide, 1/2 partie solide. Le liquide est formé par un corps huileux jaune. On trouve un paquet de cheveux, un os, un maxillaire inférieur avec des dents. Suites opératoires normales. Avortement le 10 oct. Quitte la clinique en bon état le 19 oct.

3°) *Hémorragie du kyste.* — L'hémorragie intra-kystique se produit le plus souvent à la suite d'une torsion du pédicule. Selon la plus ou moins grande quantité de sang épanché, on aura les signes d'une hémorragie interne ou bien rien ne traduira au dehors cet accident.

Obs. 2. — Mme P..., 25 ans, II pare, vient à la consul-

tation de la clinique Tarnier parce qu'elle est enceinte de 4 mois environ et parce que son ventre est devenu très gros depuis 3 semaines. Examen : ventre énorme, flasque, « en besace ». Matité dans les flancs. Sensation de flot. Toucher combiné au palper : on trouve une tumeur sur le flanc gauche, qu'on reconnaît pour l'utérus. Le reste du ventre est rempli de liquide. Diagnostic hésitant entre ascite et kyste de l'ovaire.

Le 10 déc. 1927 on intervient. Incision haute 1/3 au-dessus et 2/3 au-dessous de l'ombilic. On arrive dans la cavité péritonéale, qui ne contient pas du tout de liquide, mais le doigt touche sur une poche flasque qu'on reconnaît pour un kyste. La main explore la poche. On voit qu'elle envahit toute la cavité péritonéale en s'insinuant principalement au niveau de la base du thorax. Il s'agit d'un énorme kyste de l'ovaire. On ponctionne et on retire 10 litres de liquide couleur vert-brun, *liquide contenant certainement du sang.* Le pédicule est large comme 4 doigts environ, aplati, tordu dans le sens des aiguilles d'une montre de 45° environ. Section du pédicule entre plusieurs pinces. Sutures. Les annexes gauches sont normales. Fermeture de la paroi en 3 plans. Anesthésie au chloroforme. Suites opératoires excellentes.

Accouchement à terme le 26 avril 1928.

Obs. 3. — *Hémorragie intra-kystique à la suite d'une torsion de pédicule chez une femme enceinte de 7 mois.*

Nous ne possédons pas de détails sur les troubles présentés avant l'opération.

Laparotomie le 15 mai 1920. Anesthésie à l'éther. Inci-

sion sus et sous-ombilicale. Kyste de l'ovaire volumineux, réuni à la paroi antérieure de l'abdomen par des adhérences friables. Ponction du kyste : il s'écoule un liquide filant noirâtre, indiquant qu'*il s'était produit une hémorragie dans l'intérieur du kyste.* Quand le liquide ne s'écoule plus on plonge la main dans l'abdomen et l'on s'aperçoit que la poche kystique remonte très haut. On agrandit l'incision et on retire le kyste, sans le rompre. Ligature simple du pédicule, qui était tordu une fois et demi environ sur son axe.

Suites opératoires sans incidents.

Accouchement naturel à terme fait en ville au début de juillet.

4°) *Rupture du kyste.* — Le kyste de l'ovaire peut se rompre aussi bien pendant la grossesse qu'en dehors de l'état gravidique. Mais on peut considérer la grossesse comme cause prédisposante. Rémy sur 257 observations de kystes compliquant la grossesse a trouvé 49 ruptures de kyste. D'après Puech et Vanverts sa fréquence est de 2 pour 100 en dehors de la grossesse et de 3 1/2 pour 100 au cours de celle-ci.

La rupture peut être spontanée ou provoquée par un traumatisme plus ou moins violent. Les symptômes peuvent être très variables. On peut observer même la mort subite. Spencer Wells rapporte deux cas de terminaison aussi funeste : « Un matin, dit-il, la femme après s'être retournée brusquement dans son lit, s'écria qu'elle venait de sentir quelque chose se rompre dans elle et

mourut presque instantanément ». Et l'autre femme: « après s'être trouvée très bien la veille, s'éveilla au bout de trois heures de sommeil, se plaignit de grandes douleurs, toussa, tomba sur son dos et mourut subitement ».

En dehors de tels évènements, le plus souvent la péritonite est la conséquence de l'épanchement du contenu kystique dans la cavité péritonéale. La rupture peut se faire dans le rectum, dans l'intestin et même dans l'estomac. Les kystes qui se vident à l'extérieur (exceptionnelle), ou dans un viscère ont un pronostic bien moins défavorable.

La rupture est un accident peu fréquent, mais très redoutable. Sur la mortalité tous les auteurs donnent des chiffres à peu près identiques; elle est de 45 à 50 pour cent.

5°) *Torsion du pédicule.* — Les torsions sont 3 fois plus fréquentes au cours de la grossesse. Sur 100 cas de kystes compliquant la grossesse on note environ 17 torsions (Puech et Vanverts, Ribemont-Dessaignes). Ceux qui ont étudié le phénomène de la torsion du pédicule (Barnes, Olshausen, Heiberg) s'accordent à considérer la grossesse comme une cause de cette rotation sur l'axe. L'utérus gravide soulève le kyste, qui en quittant le cul-de-sac de Douglas peut se déplacer facilement dans la fosse iliaque et ces déplacements s'accompagnent de rotation sur l'axe vertical du kyste.

J.-L. Faure n'admet pas cette pathogénie. Il dit que l'augmentation de volume de l'utérus gravide ne doit pas être incriminée dans tous les cas comme cause de la torsion. Il rapporte à la Société de Chirurgie (20 juillet 1904) 3 cas de torsions au début de la grossesse, pour des kystes contenant 5, 6 et 14 litres de liquide. Il est bien difficile à admettre qu'un utérus gravide de 2 ou 3 mois puisse imprimer à un kyste contenant 14 litres de liquide des mouvements suffisants pour produire la torsion de son pédicule. Surtout une torsion de 5 ou 6 tours comme dans ces cas. Un utérus en se développant et en repoussant un kyste pourra lui faire faire un quart ou un demi tour. Davantage cela n'est pas possible.

On peut rencontrer pendant la grossesse 2 variétés cliniques de torsions : la forme lente et la forme brusque.

a) Dans la *forme lente* l'enroulement se produit petit à petit. La circulation se fait encore dans les vaisseaux du pédicule, mais plus faiblement. Cette forme peut être une surprise d'opération.

b) La *forme brusque* peut avoir un début dramatique avec douleur syncopale. Le plus souvent les signes sont ceux d'une péritonite aiguë : ventre dur, douloureux, contracture de bois, faciès grippé, pouls rapide, vomissements, température, atteinte de l'état général.

Spencer Wells juge la forme brusque comme très dangereuse : « Les grosses veines sont comprimées et le sang

continue à affluer vers le kyste par les artères. Congestion, exudation du sérum, extravasation du sang dans les kystes et leur rupture, telles en sont les conséquences et tel est l'ordre dans lequel ces phénomènes se succèdent et si l'on n'intervient pas à temps par l'ovariotomie la malade succombe promptement ». Mais les auteurs modernes déclarent que ce qui importe au point de vue du pronostic, ce n'est pas tant sa rapidité plus ou moins grande avec laquelle les lésions se produisent, que le degré d'étranglement qui en résulte.

Les complications de cette torsion découlent en partie de l'hypertension intra-kystique, provoquée par la stase veineuse. Dans de nombreux cas les signes cliniques sont nuls. Dans d'autres cas la stase veineuse intra-kystique détermine des signes locaux ou signes généraux suivant l'intensité de l'hypertension intra-kystique.

Obs. 4. — *Ablation d'un kyste de l'ovaire tordu chez une femme enceinte de 4 mois environ.*

Mme L..., 18 ans, I pare, vient à la consultation de la clinique Tarnier pour des douleurs abdominales. Ces douleurs, apparues il y a 5 jours environ, se localisent sur le côté gauche. Légères au commencement elles deviennent de plus en plus intenses gênant la marche et les mouvements.

Examen : l'abdomen présente deux tumeurs ; l'une inférieure ayant le caractère d'un utérus glavide qui dépasse

l'ombilic, l'autre supérieure ayant une consistance très molle, remonte jusqu'en haut.

Le diagnostic du kyste de l'ovaire est posé. Torsion du pédicule probable.

Intervention le 10 juillet 1925. Anesthésie à l'éther. Incision élevée, 1/3 au-dessus, 2/3 au-dessous de l'ombilic. On arrive directement sur le kyste, sa paroi très blanche tranche par sa couleur sur l'utérus gravide, qui, au contraire, est congestionné. Ponction de 2 litres d'un liquide citrin. Extériorisation de la poche. Le pédicule est long, plat, présentant une torsion assez serrée dans le sens opposé des aiguilles d'une montre sur 180° environ. Section du pédicule entre 2 pinces. Examen des annexes gauches : ovaire normal mais il existe 2 petits kystes au niveau de l'orifice de la trompe, on les résèque.

Examen de la pièce : la poche est irrégulière, on remarque une partie solide contenant un os, il existe une loge contenant des poils.

Le 24, crise de tachycardie. Le 25, pouls à 110 T° : 37°. Le 26 part sur sa demande et malgré la crainte de phlébite (?). A l'examen rien aux jambes. La grossesse évolue normalement. Bruits du cœur perçus. Cicatrice abdominale parfaite.

Obs. 5. — Mme A..., 20 ans, I pare. Vient à la consultation le 25 oct. 1925. D. R. fin juillet. Depuis 2 mois souffre du ventre. En même temps qu'on diagnostic une grossesse de 3 mois environ, on constate la présence d'un kyste de l'ovaire.

Opération le 12 novembre. Anesthésie à l'éther. Incision sous-ombilicale. On aperçoit l'utérus gravide. La main va à

la recherche du kyste qui est très mobile, on l'attire au dehors. Le kyste présente 2 pédicules très minces, lamelleux, présentant une torsion d'un quart de tour environ (sens aiguille de montre).

Examen de la pièce : kyste présentant des hydatides de Morgani, ayant une seule cavité remplie de liquide muqueux citrin. A l'intérieur il existe un grand nombre de semis de papilles.

Sortie le 30 novembre. Continuation de la grossesse.

Obs. 6. — *Torsion du pédicule sans signes cliniques.*

Le 8 septembre 1923, Mme M..., 23 ans, I pare, entre dans le service du P[r] Brindeau pour être opérée d'une tumeur pelvienne compliquant une gestation de 3 mois et demi environ.

Opération le 8 septembre. Anesthésie à l'éther. Incision sous-ombilicale. L'utérus vient immédiatement se placer devant la plaie, on voit qu'il est repoussé en avant. Il est très mou. On passe la main en arrière dans le cul-de-sac de Douglas et on ramène le kyste qui est enclavé mais mobile. On place 2 pinces sur le pédicule qui est tordu à 180° environ dans le sens des aiguilles d'une montre. Ablation du kyste. Suture en chaîne. L'utérus a été très peu manié. Fermeture de la paroi en 3 plans.

Examen de la pièce : forme et volume d'un rein, de consistence pâteuse, contient des cheveux, de la matière sébacée et une partie solide osseuse. En faisant une coupe de la face interne on trouve de la graisse. Le corps jaune de la grossesse siégeait dans l'ovaire droit (ovaire malade). Suites opératoires excellentes. La grossesse continue.

Le 16 fév. 1924, accouchement à terme d'un enfant vivant pesant 3 kg.

Obs. 7. — *Volumineux kyste de l'ovaire chez une femme enceinte de 5 mois. Torsion du pédicule sans signes cliniques.*

Mme P..., 25 ans, II pare. Réglée à 16 ans. Un enfant bien portant. A l'examen du ventre on trouve une masse volumineuse, molle, occupant tout l'abdomen et donnant la sensation du flot. On pense à une ascite. Utérus remonte au-dessus de l'ombilic. Ballottement fœtal. Bruits du cœur perçus.

Laparotomie exploratrice le 11 déc. 1922. Anesthésie à l'éther. Incision sus et sous-ombilicale. Volumineux kyste de l'ovaire droit, envahissant toute la cavité péritonéale, s'insinuant au niveau de la base du thorax. Ponction du kyste : liquide sanguinolent, environ 10 litres. Le pédicule est large comme quatre doigts environ, aplati, tordu sur un quart de tour dans le sens des aiguilles d'une montre. Ablation. Suture en 3 plans.

Suites opératoires normales. Pas d'éventration.

Le 26 avril 1923, accouchement naturel à terme d'un enfant de 3 kg 440.

Obs. 8. — Mme L..., 27 ans, II pare, envoyée à la consultation pour grossesse de 7 mois avec volume exagéré de l'abdomen. Réglée à 12 ans, très régulièrement. Première grossesse, il y a 5 ans, d'évolution absolument normale.

D. R. le 28 août 1923. En novembre et décembre augmentation rapide et considérable de l'abdomen qui, actuellement, augmente encore. On aperçoit deux tumeurs superpo-

sées : la première verticale, qui présente tous les caractères d'un utérus gravide ; la deuxième à grand axe transversal est très flasque, fluctuante et mate. La palpation et la percussion sont douloureuses.

On décide d'intervenir. Laparotomie le 20 mars 1924. Incision de 15 cm. presque toute entière au-dessus de l'ombilic. On aperçoit immédiatement à l'ouverture, la poche du kyste, qui ne présente aucune adhérence. Ponction du kyste qui permet de recueillir 12 litres de liquide. On attire facilement la poche à l'extérieur. Le pédicule est tordu dans le sens des aiguilles d'une montre 90° environ. Ligature du pédicule en plusieurs plans. Fermeture de la paroi. Opération très simple. On a fait son possible pour ne pas tirailler l'utérus.

Examen de la pièce : Il s'agit d'un volumineux kyste de l'ovaire avec une énorme poche, mais une fois vidé on s'aperçoit que dans la paroi il existe un assez grand nombre de kystes de différentes grosseurs. Il s'agit par conséquent d'un kyste multiloculaire.

Le 21 mars, à 11 heures, expulsion d'un fœtus de sexe masculin pesant 1.300 gr. Sort en bon état le 6 avril.

6°) *La dégénérescence maligne.* — Nous devons encore signaler la transformation du kyste en tumeur maligne. Méconnu absolument avant la grossesse, il peut se développer avec une rapidité excessive, prenant rapidement des adhérences avec la paroi abdominale, avec les organes intra-abdominaux. La dégénérescence maligne au cours de la grossesse ne serait pas une complication

exceptionnelle pour certains auteurs. D'après Jetter elle s'observerait dans 6,6 pour 100 des cas. Mais il est bien difficile de dire si c'est la grossesse qui a provoqué la dégénérescence cancéreuse.

Chapitre IV

DIAGNOSTIC

a) Diagnostic Positif

Le diagnostic doit porter sur deux éléments:
Reconnaître l'existence d'un kyste de l'ovaire.
Reconnaître l'existence d'une grossesse.

Au point de vue du traitement il est important de faire le diagnostic dès les premiers mois de la gestation et il faut rechercher méthodiquement tous les signes de la grossesse, et tous les signes qui permettent de poser le diagnostic de kyste de l'ovaire. On peut méconnaître la grossesse quand il s'agit de grossesse au début. On met en effet l'aménorrhée sur le compte du kyste. Un examen attentif permet de reconnaître l'utérus ramolli et hypertrophié, et on trouvera une tumeur juxtaposée à l'utérus qui n'a pas la même consistance que celui-ci. L'erreur que l'on commet assez souvent, c'est de prendre ces tumeurs pour une seule et de méconnaître soit la gestation, soit le kyste.

Dans de nombreux cas les 2 tumeurs se dessinent parfaitement, et il suffit de rechercher la nature de chacune d'elle. Souvent rien que *l'inspection* permet de reconnaître la présence de deux tumeurs qui forment net-

tement deux saillies. Le plus souvent c'est la *palpation* qui nous permet de séparer deux tumeurs, placées l'une à côté de l'autre. Dans certains cas la palpation détermine une contraction passagère de l'utérus. Ce durcissement transitoire, qui avait été signalé la première fois par P. Dubois, est un signe de grossesse de grande valeur. L'utérus seul peut présenter ce phénomène et on constatera qu'une région du ventre n'est pas intéressée par cette contraction.

Quand on peut ainsi reconnaître deux tumeurs bien séparées par un sillon, l'une étant fluctuante, l'autre présentant tous les signes d'un utérus gravide, le diagnostic est relativement facile. Cependant un sillon et surtout une dépression supérieure ne doivent pas faire penser d'une façon absolue à l'existence d'un kyste de l'ovaire et d'un utérus gravide. Avec un peu d'attention on évitera l'erreur grossière qui consiste à prendre pour un kyste, une vessie surdistendue et séparée de l'utérus gravide par un sillon. Les dépressions supérieures s'observent en cas d'utérus cordiforme, surtout dans les grossesses gémellaires. Une grossesse extra-utérine, avec un utérus augmenté de volume peut présenter une disposition analogue, au point de vue des signes que peut fournir la palpation.

La *percussion* nous donne de la matité dans l'une et l'autre portion, mais tandis qu'on remarque de la fluctuation dans l'une, le toucher combiné au palper per-

met de constater que l'autre se continue avec le col et qu'il s'agit par conséquent de l'utérus.

A un âge un peu plus avancé on retrouvera dans l'une des tumeurs le ballottement fœtal, et l'auscultation permettra d'entendre les bruits du fœtus, qui constituent un signe de certitude de la grossesse.

Dans certains cas le diagnostic est relativement aisé, malheureusement il n'en est pas toujours ainsi. Le diagnostic de kyste de l'ovaire est parfois délicat à lui seul, mais il se complique singulièrement quand il s'accompagne de signes de grossesse. Le professeur Segond insiste sur la difficulté du diagnostic : « S'il est parfois difficile de distinguer un kyste ovarien d'une grossesse, il est non moins délicat de reconnaître la coexistence d'un kyste et d'une grossesse. La surdistention abdominale qui résulte de cette coïncidence peut en effet compliquer à ce point l'examen qu'il soit pour ainsi dire impossible de se prononcer ».

Le ventre peut quelquefois être tellement distendu qu'il est impossible de percevoir un sillon quelconque et d'obtenir la moindre fluctuation. On pense à une grossesse avec hydramnios. D'autre fois au contraire on n'a que fluctuation et l'esprit hésite entre kyste de l'ovaire et ascite.

Ce que nous venons de dire concerne plus particulièrement le kyste abdominal, l'erreur est plus facile à éviter pour le kyste pelvien. Si on examine toute femme

qui vient à la consultation, on reconnaîtra par le toucher la tumeur pelvienne à la fois par l'ascension qu'elle fait subir au col et par ses signes propres. L'erreur le plus souvent commise dans ces cas, c'est de prendre pour une tumeur un utérus rétro-versé. On évitera aussi l'erreur qui consiste à prendre une masse stercorale pour un kyste dermoïde enclavé dans le Douglas. Mais un examen attentif par le toucher rectal permettra de trancher la question.

b) Diagnostic différentiel.

Admettons qu'on ait reconnu la coexistence d'un utérus gravide et d'une tumeur, il s'agit de préciser si cette tumeur est un kyste de l'ovaire et d'éliminer les causes d'erreurs qui peuvent se présenter.

1°) *On peut confondre le kyste de l'ovaire avec un fibrôme.* Cette erreur est la plus fréquente, car la grossesse à une tendance à modifier la consistance des tumeurs. Elle durcit les kystes et ramollit les fibrômes, si bien que les deux tumeurs ont échangé leurs caractères réciproques. Un fibrôme pédiculé par exemple peut être confondu très facilement avec un kyste de l'ovaire. Le sillon de séparation, la fluctuation, l'absence de transmission des mouvements imprimés au col sont autant de signes qui induisent en erreur. Il est important de l'éviter, car il ne faut pas opérer le fibrôme pendant la grossesse, sauf indication d'urgence, par contre

il faut opérer le kyste dès que le diagnostic en est établi.

Lefour dans sa thèse insiste sur la difficulté du problème :

« Il faudra combiner le toucher vaginal et le toucher rectal avec le palper, pour bien apprécier les caractères physiques de chaque tumeur. Il sera quelquefois possible tout en maintenant l'utérus gravide, de déplacer la tumeur qui n'en fait pas partie. Le plus souvent le kyste descend dans le cul-de-sac utéro-rectal et par le toucher on peut apprécier sa surface arrondie, sa résistance, sa dépressibilité, sa fluctuation. L'interrogatoire sur les antécédents de la grossesse, aura lui aussi son importance ; car les phénomènes de la menstruation sont quelquefois différents, dans le cas de kyste de l'ovaire confirmé avant la grossesse, il y a dans certains cas des hémorragies, le plus souvent des irrégularités menstruelles, de la dysménorrhée ou de l'aménorrhée. Dans le cas de tumeur fibreuse les ménorrhagies, les métrorrhagies sont la règle ; de plus ces hémorragies continuent pendant la grossesse... Mais si le fibrôme est sous-péritonéal, si le pédicule est difficile à trouver, si surtout les tumeurs sont libres dans l'abdomen, le diagnostic pendant la grossesse devient impossible... ».

2°) *On peut confondre le kyste de l'ovaire avec une gestation ectopique.* La grossesse extra-utérine peut présenter des symptômes ressemblant à ceux d'une gros-

sesse normale compliquée de kyste de l'ovaire pelvien. Mais les douleurs, les phénomènes péritonéaux, les hémorragies, l'expulsion des fragments de caduque utérine, l'existence d'une tumeur dans un des culs-de-sac latéraux dont le volume est en rapport avec l'âge de la grossesse, sont des signes caractéristiques de grossesse ectopique. On devra encore faire le diagnostic différentiel avec la rétro-flexion de l'utérus gravide, avec une poussée de salpingite qu'on pourrait prendre pour un kyste de l'ovaire tordu. Dans des cas très rares le diagnostic hésite entre kyste et hydronéphrose, kyste de l'ovaire et kyste hydatique du foie ou de la rate. Nous n'avons pas à nous arrêter à tous ces diagnostics différentiels qui se trouvent exposés dans tous les traités de gynécologie et de chirurgie.

c) Diagnostic des complications.

Le diagnostic des complications devra également être fait. La torsion du pédicule se reconnaîtra aux phénomènes péritonéaux : douleurs, vomissements, ballonnement du ventre, température élevée, le pouls est petit, rapide dès le début 110 à 120, parfois phénomènes de choc. Dans des cas rares on peut constater au niveau de la tumeur une tension exagérée du kyste avec des expansions isochrones au pouls. S'il y a hémorragie intra-kystique on observera les signes d'anémie aiguë : douleur syncopale, pâleur, vertiges,

bourdonnements d'oreilles, refroidissement des extrémités, sueurs froides, etc... Enfin dans les ruptures du kyste le début est encore plus dramatique, la tumeur qui existait auparavant a disparu laissant place à une collection qui se déplace comme l'ascite.

Chapitre V

PRONOSTIC

La présence d'un kyste de l'ovaire pendant la grossesse constitue une complication sérieuse pour la gestation, et peut déterminer des accidents redoutables pour la mère.

Les kystes par leur nature kystologique se rangent parmi les tumeurs bénignes. Mais cette bénignité est bien relative. Si on les laisse évoluer ils peuvent jouer le rôle des tumeurs malignes. Si la dégénérescence cancéreuse est rare, la vie de la malade n'est pas moins en danger à cause des accidents dont le kyste peut être le siège. En dehors des adhérences, de la rupture, de la torsion du pédicule, de la péritonite, si on n'intervient pas, la malade est exposée à des accidents ultérieurs extrêmement graves qui peuvent assombrir le tableau pendant le travail et au cours des suites de couches.

Autrefois le pronostic était très réservé, car on n'intervenait qu'avec une ponction du kyste. Les statistiques des anciens auteurs montrent une mortalité très élevée. Heiberg, Playfair, Litzmann, Hirsch, Rémy, donnaient des chiffres de 30 à 40 pour 100 de mortalité maternelle et de 40 à 60 pour 100 de mortalité pour les

enfants. La ponction, pratiquée avec des soins d'asepsies insuffisants a provoquée mainte fois l'inflammation du kyste, suivie de péritonite. Et même entre les mains les mieux expérimentées, ces ponctions ont déterminé des accidents graves tels que la perforation de l'utérus et de l'intestin. Ce traitement était d'ailleurs purement palliatif car le liquide se reproduit rapidement.

Depuis qu'on pratique systématiquement l'ovariotomie, la mortalité a baissé d'une façon considérable. Nous pouvons dire actuellement que le *pronostic des kystes de l'ovaire compliquant la grossesse varie suivant le traitement institué.* Les statistiques des auteurs modernes donnent des chiffres bien plus favorables. D'après M. Kerron (1902) la mortalité maternelle est de 12,5 pour 100; la mortalité fœtale 34 pour 100. D'après Puech et Vanverts (1913) la mortalité maternelle est de 6 pour 100 et la mortalité fœtale est de 23 pour 100. D'après la statistique de la Clinique Tarnier nous trouvons une mortalité de 2 à 3 pour 100 pour les mères et 8 à 10 pour 100 pour les enfants. Devant les diverses complications que nous avons étudiées plus haut, nous devons conclure que les kystes de l'ovaire doivent être extirpés le plus vite possible. La bénignité de l'opération est fonction de la précocité de l'intervention et son pronostic est un des meilleurs de la chirurgie abdominale.

Chapitre VI

TRAITEMENT

Nous avons vu les complications bénignes: ventre très distendu, dyspnée, palpitations, douleurs, troubles de la miction, etc; et les complications graves: rupture, torsion, hémorragie intra-kystique, que la coexistence d'un kyste de l'ovaire avec une grossesse peut déterminer. Pour remédier à cet état nous disposons d'un traitement radical, accepté aujourd'hui par tous les accoucheurs: c'est *l'ovariotomie.*

Lorsque le kyste existe seul, sans grossesse, la règle est de prévenir les accidents dont le kyste peut être le siège, par une ovariotomie, pratiquée aussitôt que le diagnostic de la tumeur a été posé. Cette indication opératoire doit être acceptée chez la femme enceinte, et le kyste de l'ovaire doit être enlevé comme si la femme n'était pas enceinte. L'opération n'est en effet pas plus grave chez la femme gravide.

Autrefois, à la suite des travaux de Barnes, Marx, Treille, on n'hésitait pas à sacrifier l'enfant pour sauver la mère. Cette méthode est tombée complètement en désuétude. Non seulement elle sacrifiait l'enfant, mais encore elle ne garantissait pas la mère contre les ac-

cidents venant du kyste. Elle a été combattue d'une façon définitive au congrès de Gynécologie et d'Obstétrique en 1898 par le professeur Pinard et aujourd'hui tout le monde considère comme indiscutable sa proposition : « *tout kyste de l'ovaire diagnostiqué pendant la grossesse doit être enlevé* ».

La nécessité de l'ovariotomie étant universellement reconnue les divergences ne se manifestèrent qu'au sujet du moment où l'on doit intervenir. Mais aujourd'hui les auteurs se basant sur les statistiques de mortalité fœtale, après les ovariotomies, sont tous d'accord qu'il faut opérer pendant les quatre premiers mois de la gestation.

Les avantages de cette intervention précoce :

1°) *Continuation de la grossesse dans* 90 *pour* 100 *des cas.*

2°) *Opération facile, l'opérateur n'étant pas gêné par le volume de l'utérus.*

3°) *Par l'ablation on empêche le développement excessif de la tumeur, qui en outre de la gêne et des douleurs, constitue une menace permanente par les complications étudiées plus haut.*

Les inconvénients de l'intervention dans la deuxième moitié de la gestation :

1°) *L'accouchement prématuré se produit dans la majorité des cas.*

2°) *L'opérateur peut être très gêné pour énucléer le kyste par l'utérus distendu.*

3°) *Des hémorragies importantes peuvent se produire.*

Dans la deuxième moitié de la gestation, sans exposer la mère davantage à des complications on a plus de chance de préserver l'enfant en attendant et à cette stade on n'interviendra qu'en cas d'accident. Les complications *brusques* (torsion, rupture), sont fréquentes surtout au début de la grossesse. Après le cinquième mois les complications sont surtout *lentes* (le développement progressif de la tumeur détermine des troubles respiratoires, des phénomènes de compression et des douleurs). Ces troubles augmentent d'intensité à mesure que la grossesse évolue et la femme doit être mise en surveillance dans une clinique. Le point difficile est d'apprécier le moment où ces troubles, devenant dangereux pour la mère, il faut se décider pour intervenir. Pinto nous conseille d'opérer aussitôt qu'on aura l'un des symptômes suivants :

1°) *Emaciation de la malade;*

2°) *Gêne extrême et permanente de la respiration;*

3°) *Rapidité et petitesse du pouls.*

4°) *Diminution marquée de l'excrétion urinaire.*

5°) *Œdème des membres inférieurs.*

En dehors de ces cas on se bornera à l'expectation armée. Si tout se passe normalement on interviendra par

une opération césarienne à la fin du 8e, ou au début du 9e mois de la gestation.

Procédés Opératoires

L'anesthésie

On emploie l'anesthésie générale par l'éther, le chloroforme, le mélange de Schleicht, ou le balsoforme. La rachi-anesthésie est contre-indiquée parce qu'elle provoque souvent des contractions utérines.

La Voie

1°) *Vaginale.* — Préférée par certains auteurs comme moins traumatisante pour l'utérus et par conséquent moins favorable à l'accouchement prématuré. Mais cette considération n'est pas confirmée par les statistiques. Bien au contraire, en opérant par la voie vaginale on ne peut pas éviter de tirailler l'utérus et favoriser ainsi l'avortement. D'après Flattaù cela se produit dans 45 pour 100 des cas; d'après Groefe dans 22 pour 100 des cas.

2°) *Abdominale.* — Cette voie, adoptée exclusivement à la Clinique Tarnier, permet un très bon pronostic fœtal. Sur 45 kystes de l'ovaire opérés par voie abdominale, pendant la grossesse, Brindeau et Juge ont observé 40 continuations de la grossesse.

Technique

La technique ne présente rien de particulier. Chaque

opération sera conduite comme si la femme n'était pas enceinte ; mais il est indispensable de respecter le plus possible l'utérus et ses annexes. La matrice ne sera extérioriséee que si l'on ne peut pas faire autrement ; les pédicules ne seront pas tiraillés et s'il existe des adhérences que l'on doit détruire, il faut les sectionner aux ciseaux et non les dilacérer.

On fermera la paroi par une suture en trois plans qui donne une cicatrice très solide. L'opération terminée, on veillera à ce que le pansement n'exerce pas une constriction abdominale trop forte, susceptible de provoquer des excitations utérines.

Soins post-opératoires

Après l'opération la malade sera soumise à un traitement préventif par la morphine, pour diminuer les risques de l'avortement.

La première injection est pratiquée immédiatement après l'opération.

Ensuite on donnera quatre centigrammes de morphine pendant quatre jours (une piqûre toutes les six heures).

Pour éviter les vomissements que la morphine peut amener, il faut laisser l'opérée à la diète presque absolue pendant un ou deux jours. D'ailleurs ces vomissements ne sont pas dangereux, car ils ne provoquent pas l'apparition des contractions utérines.

OBSERVATIONS

Obs. 9. — *Ablation d'un kyste de l'ovaire chez une femme enceinte de 2 mois environ.*

Mme C..., 25 ans, I pare. Réglée à 17 ans 1/2, irrégulièrement, avec douleurs. Entre dans le service pour des pertes rougeâtres et pour des douleurs dans le bas-ventre. D. R. du 18 au 26 sept. 1920.

Examen : Utérus remontant à 2 travers de doigts au-dessus du pubis. Il est surmonté d'une tumeur de consistance assez molle, qu'on délimite facilement par le palper. On pense à un kyste de l'ovaire et on décide d'intervenir.

Opération le 7 déc. 1920. Incision atteignant l'ombilic, le kyste se montre immédiatement entre les lèvres de la plaie, on le fait culbuter de façon à le faire sortir par son petit axe. On aperçoit le fond de l'utérus derrière le pubis. Le pédicule est large et long, on le sectionne au dehors entre 2 pinces. L'utérus est normal, les annexes gauches sont normales. Opération très simple. Anesthésie à l'éther.

Elle sort de l'hôpital le 22 déc. 1920, en bon état. Le 18 janv. 1921, avortement de 3 mois 1/2 fait en ville. Rentre dans le service le 21 janv. Température 39°6, frissons, lochies fétides. Révision de l'utérus, la femme étant anestésiée : on ramène des débris placentaires. Injection utérine iodée. Glace sur le ventre. Quitte la clinique en bon état le 28 janvier 1921.

Obs. 10. — *Ablation d'un kyste de l'ovaire chez une femme enceinte de 2 mois 1/2 environ.*

Mme D..., 24 ans, II pare, réglée à 15 ans 1/2 régulièrement. D. R. du 14 au 19 octobre. Elle est venue consulter le 6 déc. 1921. Examen : utérus gravide d'un mois et demi environ, rétroversé, adhérent. On sent du côté droit une masse qui repousse l'utérus du côté gauche.

Laparotomie le 15 décembre 1921. Incision sous-ombilicale. Utérus gros comme un poing, dépassant le pubis. Il est mou, congestionné et nettement gravide, présente sur son fond un kyste péritonéal inflammatoire, du reste le fond de l'utérus est rouge et tapissé de fausses membranes indiquant qu'il y avait une inflammation récente. Les annexes droites sont adhérentes. L'ovaire porte un petit kyste (œuf de poule). Ablation des annexes droites. Les annexes gauches sont normales. Fermeture en 3 plans. Suites opératoires normales. La grossesse continue.

Obs. 11. — *Castration latérale gauche chez une femme enceinte de 2 mois environ.*

Mme S.., 19 ans, I pare, ayant eu ses règles à 12 ans, toujours irrégulièrement, ne peut pas fixer la date de ses dernières règles. La femme se plaint de douleurs dans le ventre depuis une dizaine de jours. A l'examen on trouve un utérus hypertrophié et légèrement incliné à droite. Dans le cul-de-sac latéral gauche le doigt tombe sur une masse, de consistance dure, ayant le volume d'un gros poing. On pense à un kyste de l'ovaire.

Le 20 oct. 1922, laparotomie médiane sous-ombilicale. A l'ouverture du ventre on trouve un utérus augmenté de volume comme pour une grossesse de 6 semaines à 2 mois. En arrière il y a un kyste de l'ovaire gauche, un peu plus vo-

lumineux, de volume d'une grosse orange. Il est libre, et on arrive facilement à l'énucléer sans extérioriser l'utérus. Excision des annexes gauches. Ligature des 2 pédicules. Fermeture de la paroi en 3 plans. Suites opératoires normales. La grossesse continue.

Obs. 12. — *Ablation d'un kyste de l'ovaire gauche chez une femme enceinte de 2 mois.*

Mme J..., 32 ans, II pare, réglée à 13 ans régulièrement. Vient consulter parce qu'elle est enceinte et elle a des envies fréquentes d'uriner. A l'examen on constate que l'utérus est augmenté de volume et projeté en avant. Le col est mou et regarde en arrière. Le cul-de-sac postérieur est occupé par une masse volumineue de consistence assez ferme.

Opération le 15 mars 1923. Incision médiane sous-ombilicale. Femme très grasse. On arrive immédiatement sur l'utérus volumineux (grossesse de 2 mois environ). L'utérus est refoulé par un kyste de l'ovaire gauche, complètement engagé dans le petit bassin. On le désenclave facilement. La tumeur a le volume d'un poing, elle et bilobée, ce qui explique son enclavement. Le pédicule est court. Le corps jaune siège sur l'ovaire droit qui est très volumineux mais non kystique. Fermeture en 2 plans. Anesthésie à l'éther. Suites opératoires normales. La femme quitte la clinique le 2 avril. La grossesse continue.

Obs. 13. — *Ablation d'un kyste de l'ovaire chez une femme enceinte de 2 mois environ.*

Mme A..., 25 ans, I pare, D. R., du 3 au 6 mai. Le 2 juillet elle se présente à la clinique Tarnier parce qu'elle est en-

ceinte de 6 semaines environ. L'examen permet de noter la présence derrière l'utérus d'une tumeur pelvienne, grosse comme une orange, mobile, qu'on diagnostique kyste ovarique. La malade est admise dans le service pour opération.

Opération le 10 juillet 1924. Anesthésie au chloroforme. Incision sous-ombilicale. On aperçoit le fond de l'utérus au fond du petit bassin. Utérus gravide de 2 mois environ. La main plongeant dans le petit bassin, amène au dehors un kyste de l'ovaire du volume d'une mandarine. Sa paroi est très mince, au moment où l'on veut placer les pinces, le kyste se rompt. Un liquide jaune-citrin s'écoule, un verre à Bordeaux. Ablation de ce kyste. Les annexes droites sont normales.

Le 22 juillet quitte la clinique en bon état. La grossesse continue.

Obs. 14. — *Ablation d'un kyste de l'ovaire chez une femme enceinte de 2 mois environ.*

Mme P..., 30 ans, I pare, réglée à 13 ans régulièrement. D. R. du 23 ou 30 novembre. Vient consulter la première fois le 21 janv. 1925. On constate une grossesse de 3 mois 1/2 et on remarque que la date des dernières règles ne correspond pas à l'âge de la grossesse. Le 4 fév. la femme est examinée par M. Vaudescal : grossesse de 2 mois seulement d'après les règles ; l'abdomen correspond cependant à une grossesse de 4 mois. Utérus gravide en arrière, peut-être avec kyste de l'ovaire.

Laparotomie le 9 fév. 1925. Ablation d'un kyste de l'ovaire droit, totalement liquide, de la grosseur d'un petit

melon. Opération facile, sans incidents. L'appendice se présente sous la main on l'enlève.

Sort le 26 fév. en bon état. La grossesse continue.

Obs. 15. — *Ablation d'un kyste de l'ovaire chez une femme enceinte de 3 mois.*

Mme G..., 24 ans, II pare. D. R. du 26 au 30 oct. 1924. Vient consulter le 11 février 1925. En même temps qu'on constate une grossesse de 3 mois, on met en évidence une tumeur de consistance dure, enclavée dans le petit bassin. Diagnostic posé : kyste de l'ovaire.

Opération le 12 fév. 1925. Anesthésie au chloroforme très difficile. L'opération a durée longtemps à cause de l'anesthésie, au début la femme ayant été soit réveillée, soit asphyxiée. Incision haute, avec l'ombilic au milieu. On extériorise la tumeur du volume d'une mandarine, le pédicule est long et plat, on le lie en 2 fois. Suture de la paroi en 3 plans.

La malade quitte la clinique en parfait état, le 2 mars 1925. La grossesse continue.

Obs. 16. — *Ablation d'un kyste de l'ovaire chez une femme enceinte de 2 mois environ.*

Mme L..., 20 ans, I pare, admise en gynécologie le 29 mai 1925 avec diagnostic de kyste de l'ovaire.

Intervention le 30 mai 1925. Petite incision sous-ombilicale. On arrive directement sur la tumeur. Ponction du kyste, il s'écoule 2 litres environ de liquide citrin. On amène la poche au-dehors, il est facile de lier le pédicule qui est plat mais suffisamment long. L'utérus est gros, surtout déve-

loppé au niveau de la face postérieure. Fermeture de la paroi en 2 plans.

Examen de la pièce : il s'agit d'un kyste uniloculaire présentant quelques brides cicatricielles.

La malade sort en bon état le 14 juin 1925. La grossesse continue.

Obs. 17. — *Ablation d'un kyste de l'ovaire chez une femme enceinte de 3 mois environ.*

Mme Le M..., 33 ans, II pare. Nous ne possédons pas de détails sur les troubles présentés avant l'opération.

Opération le 14 nov. 1925. Laparotomie médiane sous-ombilicale. A l'ouverture du péritoine on voit un petit kyste derrière le ligament large droit, on extériorise, on place une pince sur le pédicule et on fait l'oblation du kyste. On referme la paroi en 3 plans. Aucun accident d'opération. On touche aussi peu que possible à l'utérus.

Date de sortie : le 5 décembre 1925, en bon état.

Obs. 18. — *Ablation d'un kyste de l'ovaire gauche pris pour salpingite chez une femme enceinte de 4 mois environ.*

Mme E..., 26 ans, II pare, réglée à 14 ans, règles régulières, abondantes. Premier accouchement en 1926, à terme, spontané. Grossesse sans incident. Elle se plaint actuellement de douleurs dans le ventre. Pertes blanches très abondantes. Le toucher combiné au palper détermine une douleur très vive au niveau de l'ovaire gauche.

On prescrit : repos au lit, injections et glace. Pas d'amélioration. 8 jours après on découvre une tumeur dans la fosse

iliaque gauche. On pratique un examen radiologique : le transit intestinal est normal, les côlons sont normaux.

Le 3 déc. 1925 on décide d'intervenir.

Comme la tumeur était très latérale on pratique une incision latérale le long du muscle droit. On arrive ainsi directement sur le pédicule de la tumeur, qui est un kyste de l'ovaire très allongé. Même le ventre ouvert on pourrait penser à un hydrosalpinx si la trompe n'était pas intacte. Ablation des annexes gauches. A aucun moment on n'a aperçu l'utérus. Fermeture de la paroi en 3 plans. L'ovaire enlevé ne contient pas de corps jaune. Kyste proligère.

Quitte la clinique 21 déc. 1925 en bon état. La grossesse continue.

Obs. 19. — *Ablation d'un kyste de l'ovaire chez une femme enceinte de 4 mois et ayant subi antérieurement une césarienne pour kyste de l'ovaire prævia.*

Mme C..., 32 ans, II pare. Vient à la consultation parce qu'elle est enceinte. Examen : l'utérus remonte à l'ombilic. Le col est mou et déjeté en avant derrière le pubis ; repoussé par une tumeur régulière, tendue, indolore, occupant le Douglas, remplissant la concavité sacrée. Le volume de cette tumeur paraît être d'une orange. Le diagnostic de propabilité est celui de kyste de l'ovaire.

Opération le 7 juillet 1924. Anesthésie à l'éther. Incision sus et sous-ombilicale. Pas d'adhérences à la paroi. A la face postérieure de l'utérus quelques adhérences que l'on est obligé de réséquer entre 2 pinces, pour pouvoir dégager le kyste que l'on sent gros comme le poing et enclavé dans

le petit bassin. En refoulant l'utérus un peu à droite, on ramène facilement le kyste du côté gauche. Ligature du pédicule. Suture de la paroi en 3 plans. Suites opératoires normales. Accouchement artificiel à terme le 2 janv. 1925 d'une fille vivante pesant 4.110 gr.

Obs. 20. — *Ablation d'un énorme kyste de l'ovaire chez une femme enceinte de 5 mois 1/2.*

Mme P..., 25 ans, I pare, réglée à 13 ans, régulièrement. A son entrée dans le service au 5e mois de la gestation on sent au palper 2 tumeurs, l'une médiane ayant la consistance d'un utérus gravide avec ballottement fœtal, l'autre supérieure et latérale ayant tous les caractères du kyste de l'ovaire. Pas de troubles généraux. Pas d'antécédents personnels.

Opération le 10 janvier 1929. Anesthésie au chloroforme. incision sus et sous-ombilicale. On tombe sur un kyste très volumineux sans adhérences, à très large pédicule. La ponction ramène 8 litres de liquide citrin. Extraction sans difficulté. 3 lavements laudanisés après l'intervention.

Le 11 janv., expulsion d'un fœtus de 740 grammes.

Obs. 21. — *Ablation d'un kyste de l'ovaire chez une femme enceinte de 6 semaines environ.*

Nous ne possédons pas de détails sur les troubles présentés avant l'opération.

Mme V..., 24 ans, opérée le 30 mai 1919. Incision transversale. L'ovaire très mobile est situé dans la fosse iliaque gauche. L'utérus gravide est gros comme le poing. La tumeur ovarienne est grosse comme une mandarine et mobile

avec un gros pédicule facilement attiré au dehors. Suture du pédicule en chaîne. Fermeture en 3 plans. Opération facile. Anesthésie à l'éther.

Continuation de la grossesse.

Obs. 22. — *Ablation d'un volumineux kyste de l'ovaire chez une femme enceinte de 4 mois 1/2.*

Mme D..., 30 ans, I pare, se plaint d'une douleur dans le côté droit depuis une quinzaine de jours. A l'inspection on trouve un ventre volumineux, avec 2 tumeurs séparées l'une de l'autre par un sillon. La tumeur du côté gauche est reconnue pour l'utérus. Celle du côté droit est molle, fluctuante, présentant la sensation du flot. On pense à un kyste de l'ovaire.

Laparotomie le 11 juin 1919. Anesthésie à l'éther. Incision sus et sous-ombilicale. Volumineux kyste de l'ovaire droit repoussant dans la fosse iliaque gauche l'utérus qui paraît aplati. Ponction au gros trocart qui ramène environ 6 litres. La poche à peu près vidée on l'extériorise. Section du pédicule. Fermeture en 3 plans. Suites opérations sans incidents.

Oct. 1919, accouchement à terme d'un enfant bien portant.

Obs. 23. — *Ablation d'un kyste de l'ovaire droit chez une femme enceinte de 2 mois 1/2.*

Mme B..., 25 ans, I pare ; douleurs abdominales, pertes blanches et envies fréquentes d'uriner.

Examen : utérus remontant à 3 travers de doigts au-dessus du pubis, légèrement incliné à gauche ayant la consistance de l'utérus gravide. Col dévié à droite et en arrière. On sent dans le cul-de-sac gauche une petite tumeur de consistance

dure, ayant la dimension d'un gros œuf de poule, paraissant mobile. Diagnostic : kyste dermoïde.

Laparotomie le 30 juin 1921. Anesthésie à l'éther. Incision sous-ombilicale. On aperçoit le kyste derrière l'utérus. Pas d'adhérences. Ablation facile. Suites opératoires normales.

Le 17 janv. 1922, accouchement à terme d'un garçon vivant, pesant 3.600 grammes.

Obs. 24. — *Kyste de l'ovaire chez une femme enceinte de 3 mois 1/2 environ. Vomissements graves. Mort.*

Mme D.., envoyée par son médecin à la clinique Tarnier pour des vomissements incoercibles, traités depuis huit jours, sans aucune amélioration. A l'examen obstétrical on constate que l'utérus remonte à l'ombilic, le col est dévié en avant. Le Douglas est occupé par une tumeur régulière, de consistance assez ferme. On pense à un kyste de l'ovaire et on décide l'intervention.

Laparotomie le 4 août 1922. Anesthésie à l'éther. Incision sous-ombilicale. Kyste gros comme une tête de fœtus à terme, situé dans le Douglas. Enucléation facile du kyste. Utérus est très peu mobilisé. Appendicectomie, le 8 août 1922, décès.

Obs. 25. — *Kyste dermoïde de l'ovaire chez une femme enceinte de 3 mois.*

Mme M..., 22 ans, III pare, entre dans le service pour une hémorragie survenue il y a 2 jours en même temps qu'une douleur très vive dans le côté droit du ventre. Le toucher révèle la présence d'une petite masse dans le cul-de-

sac latéral droit. Le Douglas est sensible. Diagnostic clinique : grossesse extra-utérine.

Laparotomie le 24 déc. 1924. Anesthésie à l'éther. Incision sous-ombilicale. A l'ouverture du ventre on trouve un kyste, gros comme un œuf de poule logé dans le Douglas.

Le 14 janv. 1925 : pose de laminaires. Curage digitale et curettage ramenant un fœtus de 3 mois 1/2.

Obs. 26. — *Ablation d'un kyste dermoïde de l'ovaire chez une femme enceinte de 5 mois.*

Mme E.., 29 ans, II pare, vient à la consultation parce que son ventre s'est développé d'une façon excessive depuis 3 semaines environ. A l'examen on trouve un utérus gravide de 5 mois environ. Il est fortement dévié à droite par une tumeur qui occupe le flanc gauche. Elle est séparée de la précédente par un sillon longitudinal, appréciable à la vue. Consistance ferme. Matité à la percussion.

Opération le 2 février 1928. Anesthésie au mélange. Incision 2/3 au-dessus et 1/3 au-dessous de l'ombilic chez une femme ayant subi une première intervention abdominale de nature indéterminée.

On arrive directement sur le corps utérin extrêmement mou et que l'on prend au premier abord pour le kyste. On commence par examiner les annexes. Du côté gauche on trouve un kyste dermoïde du volume d'une noix de coco, entouré d'épiploon adhérent à la paroi abdominale. La trompe est complètement libre, sans méso. Décollement du grand épiploon, résection d'une partie de cet épiploon. Ablation

du kyste. A l'examen de l'autre côté on trouve un ovaire hypertrophié mais semblant normal.

Examen de la pièce : le contenu du kyste est constitué par une crême jaunâtre (enduit sébacé), qui contient une grande quantité de cheveux blonds. La paroi du kyste contient des parties solides probablement des dents.

Obs. 27. — Ablation d'un kyste de l'ovaire chez une femme enceinte de 6 semaines.

Mme C..., 23 ans, I pare, envoyée à la clinique Tarnier, par son medécin pour grossesse extra-utérine probable. La femme est examinée par M. Brindeau : grossesse de 1 mois, masse juxta-utérine de la grosseur d'une orange. Diagnostic : kyste de l'ovaire.

Opération le 12 fév. 1928. Anesthésie au balsoforme. Incision sous-ombilicale. A l'ouverture du ventre on aperçoit le kyste. Aucune adhérence. S'extériorise facilement et est enlevé sans difficulté après ligature du pédicule utéro-ovarien.

Appendicectomie après ligature du meso et de l'appendice sans enfouissement. Fermeture de la paroi en 3 plans. Suites opératoires normales.

Quitte la clinique en bon état le 6 mars. La grossesse continue.

Obs. 28. — Ablation d'un kyste de l'ovaire chez une femme enceinte de 3 mois 1/2.

Mme D.., 33 ans, V pare, réglée à 17 ans, irrégulièrement. Quatre grossesses normales. 4 enfants vivants, bien portants. Vient consulter parce qu'elle souffre du ventre depuis

2 mois. A l'examen on trouve un utérus remontant à 4 travers de doigt au-dessus du pubis. Au toucher on trouve une masse volumineuse qu'on prend successivement pour une hématocèle, un fibrome et un kyste de l'ovaire.

Laparotomie le 17 janv. 1929. Anesthésie au mélange. Incision sous-ombilicale. On arrive directement sur l'utérus. La main plonge dans le Douglas et ramène un kyste du volume d'une orange. Pédicule long, présentant une légère torsion dans le sens des aiguilles d'une montre. Pas de liquide dans le Douglas. Ligature du pédicule. Ablation du kyste. Fermeture de la paroi. Suites opératoires sans incidents.

Quitte la clinique le 4 fév. 1929. Accouchement, le 11 juin, d'une fille pesant 3.100 grammes.

Obs. 29. — *Ablation d'un kyste dermoïde chez une femme enceinte de 6 semaines environ.*

Mme B..., 25 ans, III pare, réglée à 15 ans, régulièrement. Deux accouchements normaux. Enfants actuellement bien portants. Femme présentant un retard de règles et des douleurs dans le bas-ventre. Examen : utérus en antédéviation, à gauche. Masse salpingienne à droite débordant dans le cul-de-sac postérieur. Le Douglas est douloureux au toucher. On pense à une grossesse extra-utérine.

Le 12 nov. 1929, laparotomie pour masse volumineuse et dure occupant le cul-de-sac de Douglas chez une femme présentant une histoire de grossesse extra-utérine.

A l'ouverture du ventre on constate que l'utérus est volu-

mineux, mou et probablement gravide, environ de 6 semaines.

La tumeur du Douglas est constituée par un volumineux kyste dermoïde, adhérent au fond du cul-de-sac et du volume d'un petit œuf d'autruche. L'ablation de ce kyste se fait sans difficulté après ligature des pédicules du côté droit. On enlève l'appendice long et congestionné. Le péritoine est friable et se déchire. Fermeture en 3 plans. Opération sans incidents. Anesthésie au balsoforme. Suites opératoires normales.

Grossesse continue.

CONCLUSIONS

— Le kyste de l'ovaire complique rarement la grossesse — 1 fois sur 1.000 environ.

— Chez les femmes même bien surveillées, le kyste est parfois ignoré, mais les accidents liés à son existence ne doivent pas être méconnus.

— En présence d'un kyste de l'ovaire non compliqué de traitement est l'ovariotomie, pratiquée avant 4 mois ; en cas de complications quel que soit l'âge de la grossesse c'est encore à la chirurgie qu'il faut recourir.

— Bien conduite, l'opération donne des résultats extrêmement favorables.

a) mortalité maternelle quasi nulle.

b) grossesse interrompue dans une très faible proportion.

— *Sur 26.555 accouchements faits à Tarnier en 10 ans, 29 femmes furent opérées; une seule est morte, or elle était en traitement pour vomissements graves de la grossesse.*

— *4 fois seulement on a constaté l'interruption de la grossesse.*

TABLEAU DES OBSERVATIONS

DATE DE L'INTERV.	AGE ET PARITE	AGE DE LA GROSSESSE	COMPLICATIONS	RESULTATS OPERATOIRES
10 janv. 1919	25 ans I pare	5 mois 1/2	néant	avortement
30 mai 1919	24 » I »	6 semaines	néant	grossesse continue
11 juin 1919	30 » I »	4 mois 1/2	néant	acct à terme
15 mai 1920		7 mois	hémorr. du kyste	acct à terme
26 sept. 1920	25 ans I »	2 mois	néant	avortement
30 juin 1921	25 » I »	2 mois 1/2	néant	acct à terme
6 déc. 1921	24 » II »	2 mois 1/2	inflammation	acct à terme
4 août 1922		3 mois 1/2	vomissem. grave	mort
20 oct. 1922	19 ans, I pare	2 mois	néant	grossesse continue
11 déc. 1922	25 » II »	5 mois	Torsion et hémorr.	acct à terme
15 mars 1923	32 » II »	2 mois	néant	grossesse continue
28 août 1923	27 » II »	7 mois	brusque augm. de vol.	acct à terme
8 sept. 1923	23 » I »	3 mois 1/2	torsion	grossesse continue
7 juillet 1924	32 » II »	4 mois	inflam. et adhér.	acct à terme
10 juillet 1924	25 » I »	2 mois	néant	grossesse continue
24 déc. 1924	22 » III »	3 mois	néant	avortement
9 fév. 1925	30 » I »	2 mois	néant	grossesse continue
12 fév. 1925	24 » II »	3 mois	néant	grossesse continue
30 mai 1925	20 » I »	2 mois	néant	grossesse continue
10 juillet 1925	18 » I »	4 mois	torsion	grossesse continue
12 nov. 1925	20 » I »	3 mois	torsion	grossesse continue
14 nov. 1925	33 » II »	3 mois	néant	grossesse continue
3 déc. 1925	26 » II »	4 mois	néant	grossesse continue
15 sept. 1927	36 » IV »	1 mois 1/2	inflam. et adhérences	avortement
10 déc. 1927	25 » II »	4 mois	inflam. et adhérences	acct à terme
2 fév. 1928	29 » II »	5 mois	néant	grossesse continue
12 fév. 1928	23 » I »	6 semaines	néant	grossesse continue
17 janv. 1929	33 » V »	3 mois 1/2	torsion	acct à terme
12 nov. 1929	25 » III »	6 semaines	adhérences	grossesse continue

BIBLIOGRAPHIE

AIGROT : Vie Méd. 10, 27 Janvier 1919.

ATLEE : Am. Journ. of Med. 1855.

AUDEBERT : Soc. d'Obst., de Gynéc. et de Péd. Oct. 1904.

AZAIS : Des tum. liquides de l'ov. pendant la puerp. Toulouse 1904.

BAR : Soc. d'Obst. et de Gynéc. 1er Mars 1912.

BAR et BRINDEAU : Pratique de l'art des accouchements.

BERNARD : K. O. dans leurs rapports avec la gestation. Thèse Paris 1920.

BLEYNIE : Limousin Méd. 1906.

BOSSI : La Gynécologie 1900.

BRINDEAU : K. O. et Grossesse. Rev. Gén. de Clin. et de Thérap. Paris 1911.

BRINDEAU : K. O. et Grossesse. Journal des prat. 1911 N° 26.

BRINDEAU et JUGE : Gynéc. et Obst. 1925.

BROUHA : K. opérés pendant la grossesse. Soc. d'Obst. de France 1911 Oct.

BOURDIN : Thèse Paris 1927.

BROCQ : Soc. d'Obst. 18 Mai 1929.

BROSSARD : Thèse Méd. 1896.

CATHALA : Semaine Gynécologique 1913.

Cayla : Contrib. à l'ét. de l'ovariotomie pendant la grossesse. Th. Paris 1882.

Cocard : Thèse Paris 1896.

Condamin : K. O. et grossesse Lyon Méd. 1894 LXXV, p. 111 et 1902, N° 26.

Cosacesco : Rev. Franç. de Gynéc. Juillet 1928, p. 428.

Coudert : Thèse Paris 1904.

Dandois : Soc. d'Obst., de Gynéc. et de Pédiatrie. Paris 1904 et 1905.

De Lee : The princip. and pract. of Obst. 1915.

Devraigne : Bull. et Mém. Soc. de Chirurgie. Fév. 1928.

Divaris : Etude sur les K. O. avec la grossesse. Th. Lyon 1898.

Dravet : Th. Montpellier 1901.

Dugès : Th. Toulouse 1920.

Faure J.-L. : K. O. et grossesse. Rapp. Soc. de Chir. 20 Juillet 1904.

Ferrand : Thèse Paris 1920.

Fehling : Zur Ovariotomie in der Schwangerschaft. Münchener Méd. Woch. 1904.

Frankel : Deùt Med. Woch. Janv. 1920.

Forgues : Paris Méd. sec. 1928.

Gordon-Martin : Des grandes hémorr. intra-kystique.

Graefe : Münch. Med. Woch. 1902, p. 43 et 1903, p. 28.

Guerin-Valmale : K. O. et grossesse. Soc. d'Obst. de Par. 1902.

Hamant et Vermelin : Soc. d'Obst. de Nancy 1923.

Holt : Zur Behaudlung von Ovarial tumoren waehrend der Schwangerschaft 1896.

Hurel : Thèse Lyon 1899.

Juge : Thèse Paris 1925.

Knoll : Thèse Lille 1902.

Krombach : Beitrag zur Farge der Ovariotomie in der Schwangerschaft. Thèse Giessen 1902.

Laforgue : Th. Bordeaux 1913.

Lapeyre : L'Obstétrique 1901.

Lejars : Sem. Méd. 1904.

Lesourd : Diagnostic des Kystes 1898.

Massart : Soc. Anatomique 1920.

Moreaux : Thèse 1929.

Orgler : Archive fur Gynec. 1901.

Olshansen : Die Krankheiten des ovarien.

Peraire : Bull. et Mém. Soc. de Chir. Juillet 1928.

Pinto : Thèse Paris 1904.

Puech et Vauverts : Montpell. Méd. 1904.

Polaillon : Maladies des Femmes 1901.

Segond : Traité de chir. Duplay et Reclus, t. VIII.

Spencer Wells : Des tum. de l'ovaire. Trad. Rodet.

Théault : Thèse Bordeaux 1922.

Treub : Soc. d'Obst. de France, Octobre 1908.

Troin : Thèse Montpellier, 1092.

Vincent et Ferrari : Bull. des Soc. d'Obst. et de Gynéc. 1912.

WACHNER : Beitrag zur Ovariotomie in der Schwanverschaft. Thèse de Halle, 1900.

WALLICH et MOUCHOTTE : Soc. d'Obst., de Gynéc. et de Pédiatrie, 1907.

Vu et Permis d'Imprimer
Le Recteur de l'Académie de Paris,
CHARLÉTY.

VU :
Le Président,
BRINDEAU.

VU :
Le Doyen,
Pour le Doyen,

L'Assesseur,
BALTHAZARD.

TABLE DES MATIÈRES

Introduction 11
Historique 13
Fréquence 17
Influence des kystes sur la grossesse 19
Influence de la grossesse sur le kyste 21
Diagnostic 33
Pronostic 40
Traitement 42
Observations 47
Conclusions 61
Tableau des observations 62
Bibliographie 63

Imprimerie Les Presses Modernes, 45. rue de Maubeuge. PARIS - Ateliers de Reims (Marne)